

Канд. мед. наук *Е. О. Непокойчицкий*

О КЛАССИФИКАЦИИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Клиника госпитальной хирургии (зав.— доц. И. А. Петухов) Витебского медицинского института

Большое разнообразие внутрибрюшинных спаек по происхождению, форме, характеру, строению и локализации обусловило создание многочисленных классификаций (А. Я. Красовский, О. В. Верещинский, Jackson, Lane, Рауг, и др.).

Б. Г. Стучинский предпринял попытку связать морфологические находки с клинической картиной. Предложенная им классификация проста, но с клинической точки зрения ценность ее невелика, так как характер кишечной непроходимости, а следовательно, и клинический диагноз могут быть установлены только во время операции.

Д. Н. Балащенко предложил исчерпывающую морфологическую характеристику внутрибрюшинных спаек по их локализации, распространенности, степени деформации внутренних органов. Громоздкость, клиническая неопределенность не позволяют применять ее в практической работе.

В практическом отношении наиболее приемлема классификация К. С. Симоняна. Нам кажется вполне оправданным выделение острой и хронической форм спаечной болезни. В то же время названия хронических форм (интермиттирующая, перивисцеритная, специфическая) довольно сложны, клинически нечетко определены, что затрудняет использование их в клинической практике.

На основании тщательного анализа историй болезни 368 больных спаечной болезнью мы считаем возможным предложить классификацию, определяющую клинические формы заболевания и степень распространения внутрибрюшинного спаечного процесса.

По клиническому течению спаечную болезнь следует разделить на 3 формы: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

Компенсированная форма спаечной болезни клинически может ничем не проявляться, а внутрибрюшинные спайки значительной распространенности обнаруживаются только во время операций, не связанных со спаечной болезнью. В других случаях возникают проходящие боли в области операционного рубца, сопровождающиеся умеренным вздутием живота и рвотой. Большинство больных данной категории не обращаются за медицинской помощью. Вместе с тем в ряде случаев боли сохраняются продолжительное время, что вынуждает больных обратиться к хирургу. Чаще всего боль снимается введением наркотических и спазмолитических препаратов. Иногда приходится прибегать к помощи парапеллальной блокады и сифонной клизмы. Исчезновение болей, восстановление функции кишечника являются поводом для настоятельных требований больных о выписке из стационара через 1—3 дня после поступления.

С данной формой спаечной болезни находилось на излечении в клинике госпитальной хирургии 53 больных. Наличие внутрибрюшинных спаек и сращений подтверждено рентгенологическим исследованием. Помимо названных выше лечебных мероприятий, проводились физиотерапевтические процедуры на область передней брюшной стенки, назначались биологические стимуляторы и препараты, способствующие рассасыванию спаек. Трудоспособность этих больных, как правило, не нарушалась, диету они не соблюдали.

Оперативные вмешательства на органах брюшной полости (аппендэктомия, холецистэктомия, резекция желудка и др.) приводят к образованию новых спаек, нарушают эвакуаторную функцию тонкой кишки и тем самым способствуют переходу заболевания в субкомпенсированную форму.

Больной К., 59 лет, доставлен в хирургическое отделение 10/XII 1966 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. В 1945 г. получил огнестрельное ранение брюшной полости с повреждением кишечника. До настоящего времени болей не отмечал, диету не соблюдал. При обследовании диагностирован острый аппендицит. Во время аппендэктомии обнаружен массивный спаечный процесс, захватывающий слепую кишку и часть тонкой. Через 5 дней после операции появились боли в правой половине живота, тошнота, рвота. Медикаментозным и физиотерапевтическим лечением боли купированы, однако в последующем больной неоднократно поступал в хирургическое отделение с явлениями спаечной болезни.

Субкомпенсированная форма спаечной болезни встречается более часто. В наших наблюдениях она выявлена у 217 больных. Заболевание начиналось приступом острых болей в животе после погрешности в диете или после тяжелой физической работы. Боли носили постоянный или схваткообразный характер, сопровождались вздутием живота, тошнотой, рвотой, задержкой стула и газов. Часто приступу предшествовали диспепсические расстройства: снижение аппетита, тошнота, проходящие боли в животе. В большинстве случаев боли локализовались в месте ранее произведенной операции. Острота их зависела от вида кишечной непро-

ходимости и степени вовлечения в патологический процесс стенки кишки и ее брыжейки.

При обследовании больных определяется влажный, иногда суховатый язык, равномерно или локально вздутый живот. В последнем случае он имеет асимметричную форму. Перкуссией брюшной стенки выявляется высокий тимпанит, чередующийся с укорочением перкуторного звука. В первые часы заболевания перистальтические шумы носят бурный характер, а по мере ослабления тонуса мышц тонкой кишки становятся более редкими, менее громкими, а вскоре исчезают. Пульс учащается до 90—100 в минуту. Температура тела остается нормальной, затем повышается до субфебрильных цифр. Часто бывает положительный симптом Кноха (симптом гиперлордоза). При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявляются раздутые газом петли тонкой кишки. У 60% больных обнаружены горизонтальные уровни жидкости. Частота этих симптомов зависит от длительности и тяжести кишечной непроходимости. Так, в сроки до 6 ч от начала заболевания горизонтальные уровни выявлены у 28% больных, после 12 ч — у 78% больных. Количество лейкоцитов в крови оставалось нормальным и лишь у 29% больных повышалось до 9000—10 000 в 1 мм³. Других изменений в крови и моче не выявлено.

Введение наркотических и спазмолитических препаратов, паранефральная блокада, промывание желудка и сифонная клизма купируют болевой приступ, приводят к снятию кишечной непроходимости. В отдельных случаях проведенные лечебные мероприятия приходится повторить. Последующее лечение направлено на восстановление водно-электролитного баланса, рассасывание или повышение эластичности внутрибрюшинных спаек. С этой целью в течение 3—5 дней внутривенно вводятся физиологический раствор, 5% раствор глюкозы, кровь, белковые препараты, назначается 15—20 инъекций пирогенала или лидазы, токи УВЧ и ДКВ.

Рентгенография тонкой кишки с барием позволяет выявить деформации, перетяжки, разный калибр тонкой кишки, что в комплексе с клинической картиной и лабораторными показателями дает возможность ориентировочно установить локализацию и степень распространения спаечного процесса.

Безуспешное консервативное лечение, частые длительные обострения вынуждают прибегнуть к оперативному вмешательству, которое выполнено у 18 больных. У 15 из них произведено разделение спаек, занимавших ограниченный участок тонкой кишки, в брюшную полость введена фибринолитическая смесь. Распространенный спаечный процесс вынудил прибегнуть к чрезбрыжеечной интестинопликации по Чайлдс — Филлипсу у 3 больных.

Декомпенсированная форма спаечной болезни может возникнуть внезапно, как острая кишечная непроходимость, или явиться результатом перехода из субкомпенсированной формы. На фоне полного благополучия или после предшествующих диспепсических расстройств возникают острые боли в животе, приобретающие тупой постоянный характер или чередующиеся в виде схваток с различными интервалами. Вслед за ними наступает тошнота, рвота. В зависимости от места препятствия в кишечной трубке развивается вздутие соответствующих областей живота, задерживаются стул и газы. Язык становится сухим, живот напрягается, болезненный при пальпации, симптом раздражения брюшины положительный. Перистальтические шумы не прослушиваются. Перкуторно над брюшной стенкой определяется высокий тимпанит. Пульс учащается до 110—140 в минуту. В крови повышается количество лейкоцитов, в сыворотке крови снижается уровень хлоридов и белка. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаруживаются горизонтальные уровни жидкости.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 5—6 ч показано срочное оперативное вмешательство. Наступившее улучшение позволяет воздержаться от операции, подвергнуть больного тщательно и всестороннему клиническому обследованию, а при необходимости оперировать в плановом порядке.

В других случаях декомпенсированная форма проявляется частыми болями, сопровождающимися вздутием живота, тошнотой и рвотой, задержкой стула и газов. Однако все указанные явления не носят такого острого и жестокого характера, как при острой кишечной непроходимости. Тупые или острые схваткообразные боли все чаще дают обострения, все реже становятся «светлые» промежутки. Изнуренные непрекращающимися болями и рвотой больные требуют введения наркотиков, настаивают на проведении операции.

Характерно следующее наблюдение.

Больная А., 46 лет, переведена из районной больницы 19/X 1971 г., где находилась на лечении в течение 3 мес по поводу спаечной болезни. Жалуется на постоянные боли в животе с частым умеренным вздутием, задержкой газов. Стул бывает только после клизмы. Боли и вздутие живота сопровождаются тошнотой, часто бывает рвота, из-за чего больная воздерживается от пищи. За последние 5 лет перенесла лапаротомию по поводу абсцесса дугласова пространства, дважды проводилось разделение внутрибрюшинных спаек вследствие возникшей кишечной непроходимости, удалена киста яичника. Больная истощена, обезвожена.

Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный при пальпации. Перкуторно над передней брюшной стенкой определяется высокий тимпанит. Перистальтические шумы слабые, вялые. Рентгенографией тонкой кишки (с барием) выявлены деформации, перетяжки и разный калибр ее просвета. Контрастная взвесь эвакуировалась через 10 ч. Консервативное лечение не дало положительного результата. 30/X выполнена лапаротомия. Тонкая кишка сращена с передней брюшной стенкой и на всем протяжении замурована в спайки, образовались множественные перегибы под острым углом. Спайки разделены. Произведена чрезбрыжечная интестинопликация по Чайлдс—Филлипсу. В послеоперационном периоде отмечались тошнота, рвота, вздутие живота, ликвидированные комплексной терапией. Наступило выздоровление. Через 1 год пациентка практически здорова.

Стационарное лечение проведено у 118 больных с декомпенсированной формой спаечной болезни. Различные оперативные вмешательства выполнены у 92 больных: рассечены спайки и сращения у 66, наложена подвесная еюностома у 4, наложен обходной анастомоз у 2, произведена чрезбрыжечная интестинопликация по Чайлдс—Филлипсу у 19, сделана бесшовная интестинопликация у 1 больного.

Таким образом, на основании клинической картины, данных лабораторных и рентгенологического исследований может быть установлена клиническая форма спаечной болезни.

При любой форме спаечной болезни во время операции находят внутрибрюшинные спайки различной локализации и распространенности, что определяет индивидуальный подход к выбору оперативного вмешательства. При этом каждый раз следует учитывать состояние и возраст больного. С целью более конкретного и точного определения объема поражения серозных оболочек, а следовательно, и решения вопроса о наиболее рациональном методе оперативного вмешательства мы предлагаем установить 4 степени распространения внутрибрюшинных спаек.

I степень — отдельный тяж или ограниченный спаечный процесс поражает не более 50 см тонкой кишки, чаще всего ее нижний отдел. Возможны сращения тонкой кишки с париетальной брюшиной передней брюшной стенки и соседними органами (толстая кишка, мочевого пузыря, матка с придатками и др.).

II степень — в спаечный процесс вовлечена тонкая кишка на протяжении до 1 м. Выявляются сращения с операционным рубцом, париетальной брюшной передней и боковых стенок живота, сальником, толстой кишкой и другими соседними органами.

III степень — внутрибрюшинные спайки поражают тонкую кишку на протяжении от 1 до 3 м. Имеются обширные сращения с сальником, опе-

рационным рубцом, париетальной брюшиной, органами брюшной полости. Свободной от спаек оказывается только верхняя часть тонкой кишки.

IV степень — тотальный спаечный процесс поражает все серозные оболочки брюшной полости.

С учетом клинического диагноза, степени распространения спаечного процесса заключительный диагноз может формулироваться следующим образом: спаечная болезнь, декомпенсированная форма, III степень. Возможен и такой вариант заключительного диагноза: спаечная болезнь, декомпенсированная форма, I степень. В данном случае отдельный тяж может перехлестнуть кишечную трубку или может образоваться заворот тонкой кишки вокруг последнего.

В зависимости от степени распространения спаечного процесса можно рекомендовать соответствующие оперативные пособия.

При I степени рассекаются единичные тяжи, восстанавливается проходимость кишечной трубки, десерозированные участки тонкой кишки перитонизируются, в брюшную полость вводится фибринолитическая смесь или 0,25% раствор новокаина. Брюшная полость дренируется тонкими резиновыми трубочками для последующего введения новокаина.

При II степени процесса операция проводится по описанной выше методике, но может быть выполнена и частичная интестинопликация по Ноблю или в модификации Чайлдс — Филлипса.

При III и IV степенях наиболее радикальными оперативными вмешательствами являются тотальная интестинопликация по Ноблю в модификации Чайлдс — Филлипса, интубация тонкой кишки по Рихарду или Байкеру (бешовная интестинопликация). Если хирург не владеет методикой проведения указанных вмешательств, то после разделения спаек операцию следует закончить по методике, изложенной для I степени.

Выводы

1. По клиническому течению, данным лабораторного и рентгенологического исследования спаечную болезнь можно разделить на 3 формы: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

2. Компенсированную и субкомпенсированную формы в основном лечат консервативно. При безуспешности этого лечения или возникновении острой кишечной непроходимости показано оперативное вмешательство.

3. По объему поражения серозных оболочек брюшной полости внутрибрюшинными спайками следует выделить 4 степени, при каждой из которых могут быть выполнены определенные оперативные вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА. Балаценко Д. Н. В кн.: Вопросы клинической хирургии и клинко-лабораторных исследований. Л., 1957, с. 86. — Блинов Н. И. Спаечная болезнь, ее профилактика и лечение. Л., 1968. — Симонян К. С. Спаечная болезнь. М., 1966. — Baker J. W., Ritter K. J., Ann. Surg., 1963, v. 15, p. 759. — Richard N. F., Grean W. L., Int. Surg., 1969, v. 52, p. 489.

ON CLASSIFICATION OF ADHESIVE DISEASE

E. O. Nepokoichitsky

On the basis of a careful examination of 388 case reports of the adhesive disease 3 clinical forms are suggested: compensated, sub-compensated and decompensated. It is suggested to distinguish 4 stages of the spreading of intraperitoneal adhesions. The methods of medicamental and surgical management of these forms are suggested. The most rational operative interventions are enumerated with due regard for the spreading of the adhesions.